



Marta Stręk^{1*}, Józef Szopiński², Joanna Szczepańska-Gieracha¹

¹ AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

² COLLEGIUM DA VINCI W POZNANIU

ZABURZENIA FUNKCJI SEKSUALNYCH A JAKOŚĆ RELACJI Z PARTNEREM U KOBIET PO MASTEKTOMII

Abstract

Sexual dysfunction and quality of the relationship with the partner among woman after mastectomy

Background. The treatment of breast cancer is associated with many adverse effects. Mainly discussed are: depression, changes in social roles and in sexual life. The aim of this study was to investigate the effect of surgery on the partner and sexual relationships between women after mastectomy and their partners. **Material and methods.** The study involved 17 women belonging to the Amazonki Club in Legnica and Oława. Carried out once, unlimited time survey, which uses the Marital Bond Scale, Questionnaire ISS-K, Beck Depression Inventory and author's socio-demographic questionnaire. **Results.** All patients had mood disorders. A statistically significant difference was found between the results of the Marital Bond Scale and ISS-K Scale before and after mastectomy. **Conclusions.** Studies have shown a significant deterioration of the relations after mastectomy, and correlation between the partner and sexual relations. There was no association between lowered mood and the results of these scales.

Key words: breast cancer, mastectomy, sexuality, relationship with partner

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, seksualność, relacje partnerskie

WPROWADZENIE

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce i na świecie. Lokuje się na piątym miejscu jako przyczyna śmierci z powodu nowotworów, lecz u kobiet wciąż stanowi najczęstszą przyczynę zgonów zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych (Szewczyk 2011).

Obecnie najczęściej wykorzystywanym leczeniem jest chirurgiczne usunięcie zmiany, uzupełnione w zależności od potrzeby naświetlaniem, hormonoterapią lub leczeniem systemowym. Zastosowane metody zazwyczaj mają związek z działaniem niepożądanym. Chemioterapia oddziałuje na stan całego organizmu, powodując młodości, wymioty, wypadanie włosów, uszkodzenie czynności gonad czy suchość śluzówek (Rajewska-Rager i Rybakowski 2008). Skutkami radioterapii są stany zapalne skóry w trakcie

naświetlania i obrzęk ramienia po naświetlaniu, co znacząco wpływa na jakość życia pacjentek (Shallcross i Simpson 2012).

Diagnoza choroby nowotworowej niejednokrotnie prowadzi do przewartościowania i przeorganizowania całego życia. Redukcji ulegają pefnione dotychczas role społeczne, a długotrwałe leczenie wiąże się z przerwą w pracy zawodowej, a czasem jej utratą. Izolacja i towarzysząca tym przeżyciom bezsilność wzmagają negatywne emocje. Ponadto strach przed pozostawieniem partnera z takim bagażem przyczynia się do rozwoju depresji u pacjentek (Lelonek i wsp. 2013). Depresja ta może wystąpić na każdym etapie choroby. Pacjentka musi oswoić się z nową sytuacją, a co za tym idzie – ze zmianą dotychczasowego funkcjonowania (Stępień 2007).

Po przeprowadzonym leczeniu nieunikniony jest lęk przed nawrotem choroby. Powrót do społeczeństwa i zmierzenie się z dawną rzeczywistością w nowych okolicznościach jest szczęśliwym, ale również stresogennym czynnikiem, sprzyjającym występowaniu stanu depresyjnego. Rozpo-

* Autor korespondencyjny

znanie depresji u pacjentów onkologicznych nierzadko sprawia trudności. Wiele objawów somatycznych związanych z zaburzeniami funkcjonowania układu wegetatywnego, które charakterystyczne są dla depresji, jest podobnych do tych wynikających z jednostki chorobowej. Objawy, takie jak senność, zmęczenie, osłabienie, ból czy mdłości mogą być więc jednocześnie skutkiem podjętego leczenia, jak też somatyzacją depresji (Nowicki i Rządowska 2005).

Dodatkowe obciążenie stanowią pojawiające się obawy dotyczące relacji z partnerem i powrotem do bliskości po wyczerpującym leczeniu. Terapia bowiem nie jest obojętna dla sfery intymnej pacjentek, która to sfera ma bardzo istotne znaczenie dla budowania związku partnerskiego. Okazuje się, że narażeni na występowanie reakcji nerwowych są przede wszystkim pacjenci, którzy często przeżywali sytuacje stresowe w dzieciństwie lub życiu dorosłym, stąd widać, jak istotne znaczenie ma wsparcie najbliższych (Barnaś i wsp. 2009).

Dzisiejsza kultura opiera się w dużej mierze na kulcie ciała. Piersi uważa się zarówno za symbol kobiecości, jak i macierzyństwa. Realia te sprawiają, że utrata piersi na skutek leczenia onkologicznego jest dodatkowym obciążeniem, z jakim często musi zmagać się kobieta żyjąca z diagnozą nowotworu. Utratę poczucia wartości w tej sferze określa się kompleksem niepełnej wartości lub kompleksem połowy kobiety (Nowicki i Nikiel 2006). Szczególnie ważną osobą dla pacjentki z rakiem piersi jest jej partner. W dużej mierze od jego zachowania i postawy zależy, jak kobieta po mastektomii będzie postrzegała samą siebie.

Istotnym wsparciem jest dobrze funkcjonujący związek partnerski, który daje poczucie bezpieczeństwa. Według Szopińskiego do zbudowania takiej relacji niezbędne są trzy elementy: współdziałanie, współrozumienie i współodczuwanie. Umiejętność wczuwania się w potrzeby partnera stwarza możliwość ich zaspokojenia. Ze współodczuwaniem nieodłączne pozostaje współrozumienie. Dzięki niemu w parze możliwa jest prawidłowa i skuteczna komunikacja, a co się z tym wiąże – wspólne dzielenie się radosnymi przeżyciami, podejmowanie decyzji w codziennym życiu, a także w momentach trudnych. Wspólne rozwiązywanie kłó-

potów czy podejmowanie jakichkolwiek działań Szopiński (1973) określa jako współdziałanie.

CEL BADAŃ

Celem zadania badawczego było wyjaśnienie relacji partnerskich w zakresie współodczuwania, współrozumienia i współdziałania oraz satysfakcji ze współżycia seksualnego u kobiet przed mastektomią i po mastektomii. Postępowanie badawcze miało odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy pogorszenie relacji partnerskich, w których kobieta przeszła operację mastektomii, jest zależne od nasilenia depresji u tych kobiet (im głębsza depresja, tym gorsze relacje)?

2. Czy relacje w zakresie współodczuwania, współrozumienia i współdziałania są zależne od współżycia seksualnego?

3. Czy współżycie seksualne sprawia mniejszą satysfakcję kobietom, które doświadczyły obniżenia nastroju?

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

W sondażu diagnostycznym przebadano drogą ankietową 30 kobiet. Do analizy zakwalifikowano wyłącznie kompletnie wypełnione kwestionariusze ankiet. Ostatecznie ankietę wypełniło jedynie 17 kobiet (56,7%), spośród których 11 (64,7%) było członkiniami klubu Amazonek w Legnicy, a 6 (35,5%) – w Oławie. Średnia wieku wynosiła $57,9 \pm 16$ lat. Wszystkie badane były mieszkankami miast. W związkach małżeńskich pozostało 15 kobiet (88,2%), 1 kobieta była wdową (5,9%) i 1 po rozwodzie (5,9%). Wszystkie badane miały dzieci, a 10 (58,8%) z nich więcej niż jedno. Wykształceniem średnim legitymowało się 9 (52%) pań, 6 (35,3%) – zawodowym, 1 (5,9%) – wyższym i 1 (5,9%) – podstawowym. Na emeryturze przebywało 6 (35,3%) kobiet, 5 (29,4%) pobierało rentę, pozostałe badane były zatrudnione w ramach różnych umów. Średni czas od operacji wynosił 8 lat.

Jeśli chodzi o rodzaj zabiegu operacyjnego, to 13 (76,5%) badanych przeszło całkowitą amputację piersi, 3 (17,6%) – kwadrantek-

tomie, 1 (5,88%) – tumorektomie. Z powodu obrzęku limfatycznego cierpiało 11 (64,7%) kobiet. Rehabilitacji poddanych zostało 10 (58,8%) badanych. Szpitalną rehabilitację przeprowadzono u 5 (29,4%) kobiet, ambulatoryjną – u 7 (41,2%). Choroby współistniejące dotyczyły 7 (41,2%) badanych (były to najczęściej: nadczynność lub niedoczynność tarczycy, nadciśnienie, żylaki kończyn dolnych, dyskopatie).

Średni czas uczęszczania na spotkania klubu Amazonek wynosił 8 lat. Regularnie na spotkania uczęszczało 11 (64,7%) pań. W dodatkowych zajęciach sportowych brało udział 12 (70,6%) kobiet, 7 (41,2%) regularnie. Za atrybut kobiecości 8 (47,1%) badanych uznało piersi, 7 (41,2%) podało inne cechy (takie jak figura, twarz, talia, oczy, ramiona, dłonie). Czas wolny badane kobiety w 9 (52,9%) przypadkach najchętniej spędzały z rodziną, w 7 (41,2%) – ze znajomymi. Dużo czasu z partnerem spędzało 8 (47,1%) kobiet i tyle samo badanych spędzało czas z partnerem sporadycznie.

Metody badawcze

Badania przeprowadzono, stosując Skalę Więzi Małżeńskiej (The Marriage Bond Scale – MBS) (Szopiński 1980a) według Szopińskiego oraz Indeks Satisfakcji Seksualnej (ISS), nastój badano za pomocą Skali Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Dane socjodemograficzne zostały zebrane za pomocą ankiety autorskiej. Przeprowadzone badanie było dobrowolne i anonimowe. Badane kobiety wypełniały Skalę Depresji Becka, odnosząc się do stanu obecnego, natomiast Skalę Więzi Małżeńskiej i skalę ISS – dwukrotnie w tym samym czasie, jednak odnosząc się do okresu przed leczeniem i po leczeniu.

Skala Więzi Małżeńskiej to narzędzie składające się z 60 zdań, do których osoba badana ma się ustosunkować w 5-stopniowej skali (od „bardzo często” do „bardzo rzadko”). Odpowiedzi te są punktowane od 1 do 5. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosi 300. Według tej skali bada się parę zwracającą się po poradę seksuologiczną lub małżeńską pod kątem współodczuwania, współrozumienia i współdziałania (Szopiński 1980b).

Indeks Satisfakcji Seksualnej służy do badania satysfakcji seksualnej partnerów. Składa się z 25 pytań, na które badany odpowiada, zakreślając odpowiednią odpowiedź (od „nigdy” do „zawsze”) (Jarawka 2005). W pracy wykorzystano 16 pytań z powyższej ankiety. Pozostałe 9 pytań usunięto, ponieważ uznano je za zbyt intymne lub budzące zażenowanie ankietowanych (np. dotyczące seksu analnego).

Skala Depresji Becka stosowana jest do samodzielnej oceny nasilenia objawów depresji. Składa się z 21 pytań, ocenianych według intensywności objawów od 0 do 3. Możliwe są 4 warianty odpowiedzi. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje jego stan we wskazanym okresie, w tym przypadku ostatnich dwóch tygodni. Wynik między 10 a 18 punktów świadczy o braku zaburzeń nastroju, wynik w przedziale 19–29 punktów sugeruje występowanie umiarkowanej depresji, a powyżej 30 punktów – depresji głębokiej (Beck i wsp. 1996).

Autorska ankieta zawierała 21 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych osób. Zagadnienia ujęte w ankiecie obejmowały: wiek, masę i wysokość ciała, na podstawie których obliczono Body Mass Index (BMI), stan cywilny, daty – diagnozy choroby, operacji i przystąpienia do klubu Amazonek, przebytej rehabilitacji, aktywności zawodowej oraz sposobu spędzania czasu wolnego.

Analiza statystyczna

W analizie statystycznej przedstawiono statystykę opisową (średnią, medianę, odchylenie standardowe). Obliczono również współczynnik korelacji rang Spearmana oraz test kolejności par Wilcoxon.

WYNIKI

Na podstawie badań nastroju wykonanych z użyciem BDI stwierdzono zaburzenia nastroju u wszystkich badanych. Aż 11 (64,7%) z nich cierpiało na ciężką depresję, 5 (29,4%) – na umiarkowaną, a 1 (5,9%) – na lekką. Należy pamiętać, że powyższe dane oparte są

na wynikach skali przesiewowej, nie stanowią więc diagnozy klinicznej. Tylko lekarz psychiatra może postawić diagnozę medyczną zgodną z kryteriami ICD-10. Niemniej jednak rezultaty wydają się bardzo niepokojące.

Przeprowadzono analizę statystyczną grupy badanej ($n = 17$) i wykazano rozkład normalny badanych zmiennych: wyników w Skali Więzi Małżeńskiej przed leczeniem ($p = 0,004674$), wyników skali ISS przed leczeniem ($p = 0,004993$), wyników skali ISS po leczeniu ($p = 0,006131$) oraz BMI ($p = 0,000136$).

Po porównaniu wyników stwierdzono statystycznie istotną różnicę w Skali Więzi Małżeńskiej przed leczeniem i Skali Więzi Małżeńskiej po leczeniu ($p = 0,018567$) oraz w skali ISS przed leczeniem i skali ISS po leczeniu ($p = 0,000987$) (tab. 1).

Na podstawie przeprowadzonej w całej grupie badanej ($n = 17$) analizy statystycznej wykazano, że istnieje dodatnia korelacja

między masą ciała a BMI badanych. Ponadto stwierdzono dodatnią korelację między wynikami Skali Więzi Małżeńskiej przed leczeniem a wynikami skali ISS przed leczeniem ($\rho = 0,67$) oraz wynikami Skali Więzi Małżeńskiej przed leczeniem a wynikami skali ISS po leczeniu ($\rho = 0,74$). Zaobserwowano również dodatnie korelacje między wynikami Skali Więzi Małżeńskiej po leczeniu a wynikami skali ISS przed leczeniem ($\rho = 0,59$) i wynikami Skali Więzi Małżeńskiej po leczeniu a wynikami skali ISS po leczeniu ($\rho = 0,88$) (tab. 2).

DYSKUSJA

Rak piersi zazwyczaj dotyka kobiety po 50. roku życia. Mimo że coraz częściej notuje się zachorowania we wcześniejszym wieku, to okres okołomenopauzalny jest wciąż charakterystyczny dla tej jednostki chorobowej. Podczas badań własnych średnia wieku ko-

Tab. 1. Porównanie wyników Skali Więzi Małżeńskiej i skali ISS przed leczeniem i po leczeniu

Para zmiennych	n	T	Z	p
Relacje przed leczeniem vs relacje po leczeniu	14	15,00000	2,354118	0,018567
ISS przed leczeniem vs ISS po leczeniu	15	2,00000	3,294179	0,000987

Istotną na poziomie $p < 0,05$ różnicę między wynikami Skali Więzi Małżeńskiej i skali ISS wyróżniono pogrubieniem.

Tab. 2. Analiza korelacji dla grupy badanej ($n = 17$)

Zmienna	Wiek	Masa ciała	Wysokość ciała	BMI	Rel. 1	Rel. 2	ISS 1	ISS 2	Depresja
Wiek	1,00	-0,20	-0,56	-0,03	-0,03	-0,02	-0,44	-0,25	-0,41
Masa ciała	-0,20	1,00	0,71	0,88	0,33	0,26	0,14	0,21	0,07
Wysokość ciała	-0,56	0,71	1,00	0,35	0,25	0,13	0,45	0,25	0,03
BMI	-0,03	0,88	0,35	1,00	0,17	0,19	-0,05	0,17	0,04
Rel. 1	-0,03	0,33	0,25	0,17	1,00	0,90	0,67	0,74	-0,31
Rel. 2	-0,02	0,26	0,13	0,19	0,90	1,00	0,59	0,88	-0,27
ISS 1	-0,44	0,14	0,45	-0,05	0,67	0,59	1,00	0,66	0,06
ISS 2	-0,25	0,21	0,25	0,17	0,74	0,88	0,66	1,00	-0,24
Depresja	-0,41	0,07	0,03	0,04	-0,31	-0,27	0,06	-0,24	1

Rel. 1 – wyniki Skali Więzi Małżeńskiej przed leczeniem

Rel. 2 – wyniki Skali Więzi Małżeńskiej po leczeniu

ISS 1 – wyniki skali ISS przed leczeniem

ISS 2 – wyniki skali ISS po leczeniu

Współczynnik korelacji istotny na poziomie $p < 0,05$ wyróżniono pogrubieniem.

biet wynosiła 57,9 r. Rezultaty badań Pacian i wsp. (2012) wykazują, że ogólna jakość życia kobiet po przebytych nowotworze piersi jest wyższa u respondentek między 45. a 50. rokiem życia niż u starszych kobiet. Badane tam funkcjonowanie obszaru psychicznego i społecznego również jest lepsze u kobiet młodszych.

Na tej podstawie można stwierdzić, że grupa uczestnicząca w badaniach własnych była dodatkowo narażona na negatywne skutki leczenia onkologicznego. Relacje z partnerem włączają się bowiem w obszar społecznego i psychologicznego funkcjonowania. Uważa się również, że wraz z wiekiem maleje u kobiet zainteresowanie seksualną sferą życia (Chałubińska i wsp. 2010). Niska punktacja skali ISS wykorzystanej w trakcie badań może wynikać więc nie tylko z samego leczenia onkologicznego, ale również ze zmniejszenia libido, będącego częstym objawem wśród pań w okresie około- i pomenopauzalnym (Rumianowski i wsp. 2012, Skrzypulec-Plinta i wsp. 2011). Do zmian tych zaliczyć można objawy atrofii błony śluzowej pochwy oraz suchość pochwy, będących wynikiem zaburzeń hormonalnych.

U kobiet leczonych onkologicznie problem ten może być potęgowany przez zastosowaną terapię. Należy jednak zwrócić uwagę na obniżenie wyników skali po leczeniu w porównaniu ze stanem przed leczeniem. Ta różnica wskazuje na istotny wpływ podjętych działań medycznych na stosunki seksualne respondentek i ich partnerów. Znaczne pogorszenie satysfakcji w tej sferze spowodowane leczeniem zauważa się u kobiet młodych cierpiących z powodu raka piersi. Prawdopodobnie wynika to z większego ich zainteresowania seksualnością i aktywności seksualnej, stąd zmiany są bardziej dostrzegalne (Chałubińska i wsp. 2010). Fehlauer i wsp. (2005) opublikowali pracę, w której wykazali, że szczególnie wśród kobiet po 65. roku życia pogarsza się sprawność fizyczna i idąca za tym aktywność seksualna w zależności od chwili zakończenia leczenia.

Wpływ na jakość relacji ma niewątpliwie czas od momentu zakończenia leczenia onkologicznego. Średni czas od operacji wśród kobiet podczas badań własnych wynosił 8 lat. Według analiz, w których pacjentki

zostały przebadane w pierwszym roku po operacji, główną przyczyną niezadowolenia z relacji intymnych była suchość pochwy oraz niższe poczucie atrakcyjności dla partnera (Burwell i wsp. 2006). Arora i wsp. (2001) przeprowadzili obserwacje dotyczące oceny jakości życia, w tym zadowolenia ze sfery seksualnej u kobiet z rakiem piersi w pierwszym i piątym miesiącu po zakończeniu terapii, i wykazali, że jakość życia intymnego z czasem pogarszała się mimo poprawy ogólnej jakości życia. Również Montazeri i wsp. (2008) poddali ocenie jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi w momencie diagnozy, trzy miesiące i rok po leczeniu pierwotnym. Autorzy ci stwierdzili, że mimo polepszenia jakości życia wraz z upływem czasu istotnie pogarszała się aktywność seksualna i postrzeganie własnego ciała przez pacjentki. Wyniki badań Zegarskiego i Basałygo pokazują natomiast, że jakość życia w aspekcie aktywności seksualnej w trzecim miesiącu po operacji poprawiła się o prawie 50% w porównaniu z badaniem w pierwszym miesiącu po operacji (Zegarski i Basałygo 2010). Ze względu na trudności w dotarciu do pacjentek po kilku latach od zakończenia leczenia badania na temat związku czasu od operacji i jakości życia seksualnego są nieliczne.

Niewątpliwie najbardziej widoczne skutki walki z nowotworem piersi zostawia po sobie leczenie chirurgiczne. Wygląd piersi po operacji ma ogromne znaczenie dla sfery intymnej. Liczne publikacje wykazują wprost proporcjonalną zależność między rozległością zabiegu a jakością życia. Ginekolodzy słoweńscy podjęli badania nad wpływem mastektomii i leczenia oszczędzającego na jakość życia kobiet chorujących na raka piersi. Kobiety, które wyżej ceniły swój wygląd zewnętrzny i zadowolenie z życia intymnego, wywodziły się z grupy leczonych metodą oszczędzającą (Gorisek i wsp. 2009). Spadek pożądania był częściej zgłaszany przez kobiety po mastektomii niż przez pacjentki po leczeniu oszczędzającym podczas badań prowadzonych przez tureckich chirurgów (Aliçik i wsp. 2009).

W czasie badań własnych 76,5% kobiet leczono poprzez odjęcie całej piersi, w 3 przypadkach wykonano kwadrantektomię (17,6%) i tylko w 1 przypadku – tumorektomię. Me-

diana wyników po leczeniu skali ISS, oceniającej jakość satysfakcji seksualnej, obniżyła się w porównaniu z wynikami przed terapią. Istotny wpływ na te wyniki może mieć to, że u większości kobiet zastosowano leczenie radykalne. Utrata tak ważnej i symbolicznej dla kobiety części ciała może prowadzić do kompleksu połowy kobiety, który to znacząco wpływa na stosunki intymne kobiet po leczeniu onkologicznym z ich partnerami.

Biorąc pod uwagę wiek okołomenopauzalny i związane z nim zmiany w ciele kobiety, które powodują obniżenie libido, odjęcie piersi w tak dużym zakresie jest dodatkowym czynnikiem zniechęcającym kobiety do podejmowania aktywności seksualnej. Z badań Rowland i wsp. (2000) wynika, że zabiegi mniej rozległe niż mastektomia były częściej wykonywane u młodszych kobiet, które miały partnera, a ich wykształcenie było na poziomie minimum średnim. Może być to związane z większą świadomością młodszych kobiet, a także ze wzrostem liczby programów profilaktycznych, a co za tym idzie – szybszym wykryciem nowotworu i możliwością zastosowania łagodniejszych form leczenia zabiegowego.

Dla jakości życia intymnego ważne jest leczenie systemowe, ponieważ mimo dużej skuteczności w leczeniu onkologicznym wywołuje ono wiele reakcji niepożądanych. Mourits i wsp. (2002) zauważyli, że główną przyczyną zmniejszenia zainteresowania życiem seksualnym jest suchość pochwy i dyspareunia. Innymi negatywnymi objawami wpływającymi na ogólne złe samopoczucie pacjenta są mdłości, wymioty czy wypadanie włosów (Strukiel i wsp. 2008). Ten ostatni dodatkowo negatywnie oddziałuje na postrzeganie przez kobiety swojej atrakcyjności, co może mieć znaczenie podczas nawiązywania bliższych kontaktów z partnerem. Po przeprowadzeniu badań własnych wykazano, że 88,2% kobiet było poddanych, oprócz zabiegu operacyjnego, leczeniu uzupełniającemu. Biorąc jednak pod uwagę długi okres od zakończenia leczenia pierwotnego (średnia 8 lat) i ustąpienia powyższych objawów, nie należy uważać tych czynników za istotną przyczynę niskich ocen satysfakcji seksualnej w grupie badanej. Warto natomiast zwrócić uwagę na to, że w grupie tej średni wynik

BMI wynosił 25,16, co oznacza, że 69% kobiet miało nadwagę. Nadwaga może być dodatkowym bodźcem utrudniającym akceptację własnego ciała, które wcześniej zostało już pozbawione symbolu kobiecości.

Dzięki profilaktyce choroba rozpoznana we wczesnym stadium nie stanowi tak dużego zagrożenia i nie pociąga za sobą tak istotnych konsekwencji w życiu rodzinnym. Ma to ogromne znaczenie, ponieważ choroba matki i żony jest traumą dla wszystkich domowników i odbija się na relacjach całej rodziny, co łączy się ze zmianą ról poszczególnych osób. Dzieci muszą stać się bardziej odpowiedzialne i samodzielne, a partner – przejąć obowiązki i zadania chorującej kobiety. W momencie choroby kobiety jej partner i dzieci muszą współpracować. Partner nagle zostaje postawiony w zupełnie nowej roli, stając się nie tylko osobą odpowiedzialną za byt, ale też sprawującą opiekę nad dziećmi.

Choroba odciska piętno również na partnerach kobiet chorujących na raka piersi. Wpływa ona na budowanie relacji między kobietą i mężczyzną, zmienia dotychczasowy porządek, wypracowany często przez lata. Lęk wywołuje nie tylko obawa o zdrowie i życie partnerki, ale też nagła zmiana roli i statusu społecznego staje się silnym przeżyciem. Poza codziennymi obowiązkami partner przejmuje odpowiedzialność za to wszystko, czym wcześniej zajmowała się druga osoba. Niezwykle ważna w tej sytuacji jest jakość relacji, jaka istnieje między kobietą chorującą i jej mężczyzną. Takie krytyczne sytuacje pokazują, jak w związku funkcjonują poszczególne sfery. Tutaj pojawia się zagadnienie więzi partnerskiej, na którą składają się, według Szopińskiego (1980b): współrozumienie, współodczuwanie oraz współdziałanie. Sprawne funkcjonowanie pary w tych trzech obszarach buduje udane i mocne relacje partnerskie. Podczas przeprowadzonych badań własnych na pytanie dotyczące ilości spędzanego czasu z partnerem 47,1% kobiet odpowiedziało, że spędza dużo czasu z partnerem. Tyle samo respondentek stwierdziło, że wspólnie z partnerem spędza czas sporadycznie. Zastanawiające jest to, że z 30 ankiet w badaniach własnych jedynie 17 zostało wypełnionych kompletnie. Może wskazywać to na złe re-

lacje między partnerami i niechęć do ujawnienia tego faktu.

Według Nowickiego i Rządrowskiej (2005) osoby leczące się z powodu nowotworu złośliwego, które miały partnerów, rzadziej cierpiały z powodu depresji. Autorzy badania przeprowadzili na grupie osób chorujących na nowotwór piersi, płuc, przydatków, głowy, prostaty i czerniaka. W mniejszym stopniu odnotowano również obniżenie nastroju w porównaniu z poziomem nastroju osób samotnych. U pacjentów niemających partnerów dodatkowo zaobserwowano zwiększenie nasilenia lęku.

Niemniej jednak depresja może pojawić się w każdym momencie trwania choroby lub już po jej wyleczeniu. Wykazano, że wśród osób cierpiących z powodu nowotworu depresja występuje cztery razy częściej niż w ogólnej populacji (Ślubowska i Ślubowski 2008). U kobiet z rakiem piersi, oprócz obawy o zdrowie i życie, pojawia się lęk o utratę kobiecości, atrakcyjności seksualnej, a co za tym idzie – poczucia własnej wartości. Stan depresyjny może wystąpić również na skutek bólu albo powstających obrzęków limfatycznych pogarszających jakość życia pacjentek. Objawy te mają istotne znaczenie dla funkcjonowania zarówno w społeczeństwie, jak i w związkach partnerskich, czego skutki mogą być widoczne w sferze seksualnej (Sajdak i wsp. 2004). Przyczyną takiego stanu rzeczy może być wstyd i obawa przed pokazaniem się partnerowi po operacji i leczeniu.

Z przeprowadzonych badań własnych, podczas których wykorzystano Skalę Depresji Becka, będącą narzędziem przesiewowym, wynika, że wszystkie kobiety miały objawy depresyjne. Na podstawie uzyskanych rezultatów stwierdzono, że aż 64,7% respondentek cierpiało na depresję głęboką. Zaskakującym wynikiem analizy statystycznej był brak korelacji między wynikami Skali Depresji Becka a wynikami skali ISS i Skali Więzi Małżeńskiej. Być może ma to związek z tym, że pytania o nastrój dotyczyły dwóch tygodni poprzedzających badanie, natomiast skala ISS i Skala Więzi Małżeńskiej obejmowały okres przed- i pooperacyjny. Średni czas od zabiegu w badanej grupie wynosił 8 lat. Występujące więc objawy depresyjne w momencie badania nie musiały być związane z procesem leczenia nowotworowego. Objawy

depresji, do który należy m.in. obojętność i obniżone libido, mogą prowadzić do konfliktów, poczucia niezrozumienia z obu stron. Mężczyzna, nie wiedząc, że są to symptomy choroby depresyjnej, może poczuć się odrzucony i bezsilny wobec zachowań partnerki. Brak komunikacji i oziębłość emocjonalna mogą skutkować ochłodzeniem relacji seksualnych albo zupełnym ich zanikiem.

Ze względu na to, że większość kobiet wciąż nie porusza tematu seksualności ze swoimi lekarzami, a oni zbyt rzadko o to pytają, trudno o pomoc w tej sferze życia (Shifren 2011). Brak rozmów na temat aktywności seksualnej pacjentek może być spowodowany społecznym tabu. Być może ogrom tragedii, jakiego doświadczyły leczące się z powodu raka piersi kobiety, wpływa na to, że bagatelizują one problemy seksualne, umniejszając ich wagę w stosunku do przeżytych wydarzeń i wstydząc się ich. Prawdopodobnie czynniki te pogłębiają obniżenie nastroju, prowadząc do dalszych problemów w relacji z partnerem.

W badanej grupie kobiety wyraźnie wskazały na pogorszenie relacji z partnerem po przebytej chorobie. Zarówno wyniki Skali Więzi Małżeńskiej, dotyczącej współrozumienia, współodczuwania i współdziałania, jak i skali ISS, mówiącej o relacjach w sferze seksualnej, uległy istotnemu pogorszeniu. Rezultaty badania Bąk-Sosnowskiej i wsp. (2013) wykazały jednak, że kobiety po mastektomii, odwrotnie niż wyniki badań własnych, zaobserwowały polepszenie relacji z partnerem (2013). To zagadnienie należałoby zbadać, przeprowadzając kolejne badania na większej liczbie osób.

W literaturze obserwuje się zainteresowanie sferą seksualną kobiet po przebytych leczeniu nowotworu piersi, jednakże brakuje publikacji dotyczących więzi i relacji partnerskich oraz zmian w tych strukturach, powstałych na skutek choroby. Wyniki badań własnych pokazują, że zachodzą istotne zmiany nie tylko w sferze aktywności seksualnej, ale również w relacjach partnerskich na innych płaszczyznach, takich jak: współodczuwanie, współrozumienie i współdziałanie. Dane dotyczące seksualności i relacji partnerskich wśród kobiet po mastektomii i ich partnerów mogłyby pomóc w zwalczaniu depresji i psychospołecznych ne-

gatywnych skutków leczenia onkologicznego raka piersi.

Kontynuacja badań w tym zakresie wydaje się uzasadniona.

WNIOSKI

1. Jakość relacji partnerskiej jest gorsza po mastektomii w porównaniu z jakością sprzed choroby.

2. Jakość relacji w zakresie współodczuwania, współrozumienia i współdziałania jest skorelowana z jakością współżycia seksualnego w parach, w których kobieta przeszła operację mastektomii.

3. Nie wykazano związku między zmniejszeniem satysfakcji seksualnej a obniżonym nastrojem kobiet po mastektomii.

BIBLIOGRAFIA

- Alicikus Z.A., Gorken I.B., Sen R.C., Kentli S., Kinay M., Alanyali H., Harmancioglu O. (2009), Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy, *Tumori*, 95, 212–218.
- Arora N.K., Gustafson D.H., Hawkins R.P., McTavish F., Cella D.F., Pingree S., Mendenhall J.H., Mahvi D.M. (2001), Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study, *Cancer*, 92, 1288–1298.
- Bąk-Sosnowska M., Oleszko K., Skrzypulec-Plinta V. (2013), Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii, *Przegląd Menopauzalny*, 2, 120–124.
- Barnaś E., Skręt A., Skręt-Magierło J., Sobolewski M. (2009), Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi, *Przegląd Menopauzalny*, 1 (41), 15–19.
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. (1996), BDI-II Beck Depression Inventory. Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- Burwell S.R., Case L.D., Kaelin C., Avis N.E. (2006), Sexual problems in younger women after breast cancer surgery, *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2815–2821.
- Chałubińska J., Łuniewska-Bury J., Spych M., Fijuth J. (2010), Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi – przegląd piśmiennictwa, *Przegląd Menopauzalny*, 3, 178–183.
- Fehlauer F., Tribius S., Mehnert A., Rades D. (2005), Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy, *Breast Cancer Research and Treatment*, 92, 217–222.
- Gorisek B., Krajnc P., Krajnc I. (2009), Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment, *Journal of International Medical Research*, 37, 557–566.
- Jarawka A. (2005), Satysfakcja seksualna a poczucie umiejscowienia kontroli, style poznawcze i rodzaje atrybucji. http://www.academia.edu/3770393/Mgr_JARAWKA [dostęp: 01.07.2012].
- Lelonek B., Cieślak A., Kamusińska E. (2013), Problematyka stresu w chorobie nowotworowej, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (1), 128–136.
- Montazeri A., Vahdaninia M., Harirchi I., Ebrahimi M., Khaleghi F., Jarvandi S. (2008), Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study, *BMC Cancer*, 8, 330.
- Mourits M.J., Bockermann I., de Vries E.G., van der Zee A.G., ten Hoor K.A., van der Graaf W.T., Sluiter W.J., Willems P.H. (2002), Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard-dose chemotherapy, *British Journal of Cancer*, 86, 1546–1550.
- Nowicki A., Nikiel M. (2006), Operacje odtwórcze piersi. Ocena satysfakcji pacjentek, *Współczesna Onkologia*, 10 (2), 45–50.
- Nowicki A., Rządowska B. (2005), Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi, *Współczesna Onkologia*, 9 (9), 396–403.
- Pacian A., Kulik T.B., Chruściel P., Pacian J., Skórzyńska H., Zakrzewska W. (2012), Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi, *Przegląd Menopauzalny*, 5, 423–427.
- Rajewska-Rager A., Rybakowski J. (2008), Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenzie depresji, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 3, 3–4.
- Rowland J.H., Desmond K.A., Meyerowitz B.E., Belin T.R., Wyatt G.E., Ganz P.A. (2000), Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors, *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1422–1429.
- Rumianowski B., Brodowska A., Karakiewicz B., Grochans E., Ryterska K., Laszczyńska M. (2012), Czynniki środowiskowe wpływające na wiek wystąpienia naturalnej menopauzy u kobiet, *Przegląd Menopauzalny*, 5, 412–416.
- Sajdak S., Krawczyk J., Piątek J., Krauss H., Gaik M. (2004), Jakość życia kobiet po am-

- putacji piersi, *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 4, 173–177.
- Shallcross S., Simpson J. (2012), Trust and Responsiveness in Strain-Test Situations: A Dyadic Perspective, *Journal of Personality and Social Psychology. American Psychological Association*, 102 (5), 1031–1044.
- Shifren J.L. (2011), Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond, *Menopause*, 18, 1149–1151.
- Skrzypulec-Plinta V., Chełmicki A., Gojdz K. (2011), Czy spadek libido po menopauzie ma podłoże hormonalne? *Przegląd Menopauzalny*, 4, 334–337.
- Ślubowska M., Ślubowski T. (2008), Problemy psychosocjalne w raku piersi, *Psychoonkologia*, 1, 14–25.
- Stępień R.B. (2007), Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii, *Problemy Pielęgniarstwa*, 15 (1), 20–25.
- Strukiel E., Mess E., Twardak I., Lisowska A. (2008), Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią, *Onkologia Polska*, 11 (4), 181–184.
- Szewczyk K. (2011), Epidemiologia i profilaktyka raka piersi, [w:] Kornafel J. (red.), *Rak piersi*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 5–15.
- Szopiński J. (1973), Rozwój kontaktu osobowego we współczesnym małżeństwie, *Zdrowie Psychiczne*, 4, 28–39.
- Szopiński J. (1980a), Personality and the marriage bond, *Personality and Individual Differences*, 1 (1), 93–94.
- Szopiński J. (1980b), Skala Więzy Małżeńskiej, [w:] Ratajczak Z. (red.), *Psychologia w służbie człowieka*, PWN, Warszawa, 101–109.
- Zegarski W., Basałygo M. (2010), Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi, *Współczesna Onkologia*, 14 (4), 281–285.

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.11.2015
Praca została przyjęta do druku: 25.03.2016

Adres do korespondencji:

Marta Stręk
Katedra Podstaw Fizjoterapii
Akademia Wychowania Fizycznego
al. I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
e-mail: strek.marta@gmail.com